Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 157, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 lutego 1882. № 5. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 4).

III. Metoda Rosenbacha badania poziomu płynu w żołądku (głównie w celu oznaczenia dzielności mięśniowéj żołądka).

Wprawdzie postępowanie Rosenbacha (*Zur Diagnose der Magendilatation. Deutsche med. Wochenschr.* 1876, 21, 22) nie ma bezpośrednio na celu oznaczania dolnéj granicy żołądka, pośrednio jednak służy do rozpoznawania „rozszerzenia żołądka.“

Rosenbach wychodzi z bardzo racyjonalnego punktu widzenia, kładąc nacisk na dzielność mięśniową żołądka i polecając badanie takowéj w celu rozpoznawania chorobowego powiększenia rozmiarów takowego. Istotnie nie każdy żołądek przedstawiający w chwili badania rozmiary powiększone należy uważać za „chorobowo rozszerzony“ i odwrotnie nie każdy żołądek rozmiarów prawidłowych musi być wolny od cierpienia, które zowiemy rozszerzeniem żołądka (*dilatatio ventriculi*). Żołądek prawidłowy może być przez wypełnianie gazem lub płynem rozszerzony do rozmiarów znaczniejszych. Otóż Rosenbach uważa stan rozszerzenia żołądka za równoznaczny z upośledzonym stanem dzielności mięśniowéj takowego. Dzielność tę zaś Rosenbach poznaje po tém, iż po wlewaniu znaczniejszych ilości płynu poziom płynu podnosi się, gdyż prawidłowo kurczliwe mięśnie żołądka nie dozwalają płynowi rozszerzyć znaczniéj żołądka ku dołowi i na boki; w żołądku zaś rozszerzonym poziom płynu albo pozostaje w mierze przy wpompowaniu większych ilości albo nawet opada.

W celu rozpoznania ustawienia poziomu płynu podaje Rosenbach następujące postępowanie: Wkłada do żołądka zgłębnik elastyczny opatrzony jednem okienkiem, którego górny koniec połączony jest z balonikiem kauczukowym przedłużonym w rurkę kauczukową otwartą. Jeżeli okienko zgłębnika znachodzi się wyżéj poziomu płynu, przy uciśnięciu balonika powstaje „szmer syczący“ pochodzący od przedzierania się wciśniętego powietrza przez okienko zgłębnika jako miejsce względnie węższe; ugniatając balonik i równocześnie osłuchując okolicę dołka podsercowego można szmer ten bardzo wyraźnie słyszeć. Gdy zaś okienko zgłębnika znajduje się w samym poziomie płynu (*„gewissermassen streift die Oberfläche der Flüssigkeit“*), słychać „drobne pluskanie“ (*plätscherndes Geräusch*), gdy zaś zgłębnik zanurzy się dobrze w płyn nagromadzony w żołądku, powstaje „pluskanie grube,“ często z podźwiękiem metaliczuym, polegające na nagłém dostawaniu się powietrza w środek płynu. Rosenbach notuje tedy długość wprowadzonego zgłębnika od zębów w chwili powstawania podanych zjawisk przysłuchowych. Jeżeli np. (p. fig. 3), w danym przypadku po wypiciu np.

Fig. 3.



500·00 płynu trzeba było zgłębnik wprowadzić na 58 cm. od zębów, aby otrzymać „drobne pluskanie,“ świadczące o stykaniu się okienka zgłębnika z poziomem płynu, a po do-

daniu dalszych 300·00 płynu (razem 800·00) tylko na 56 cm., to ztąd wynika, iż poziom płynu po dodaniu 300·00 płynu podniósł się o 2 cm.; zarazem świadczy to o prawidłowéj dzielności mięśni żołądkowych, które nie dozwoliły żołądkowi rozszerzyć się pod naciskiem znaczniejszych ilości płynu. (v. krytyka Jürgensena l. c. liter.)

Myśl zasadnicza Rosenbacha jest bardzo dobra. Jednak trudno się zgodzić z jego zapatrywaniem, iż metoda ta jest łatwą do wykonania i dla badanych prawie obojętną. Jest ona przeciwnie nadzwyczaj skomplikowaną, wymaga zupełnego spokoju ze strony chorego i daje wyniki dość względne. Doświadczałem téj metody w kilku przypadkach, lecz w każdym było postępowanie to dla chorych nadzwyczaj przykre, nawet dla takich, którzy do wprowadzania zgłębnika byli przyzwyczajeni.

1) Doświadczenie na zwłokach: N. N., mężczyzna, lat 18. Włożono zgłębnik przez otwór uskuteczniony w przełyku i zwłoki ułożono w położeniu stojącém. Wpompowano 500·00 płynn. Zatknięto na górny koniec balonik. Trzy rodzaje szmerów podanych przez Rosenbacha można było przy auskultacyi wysłuchać z łatwością w miarę różnego stanu zgłębnika włożonego. Poziom płynu po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu pozostał ten sam.— Dolna granica żołądka obniżyła się (jak przez opukiwanie stwierdzono).

2) Doświadczenie na chorym. M. K., l. 44. Włożono zgłębnik i przez takowy za pomocą lejka wlano 500·00 płynu; następnie założono na górny koniec zgłębnika balonik kauczukowy. Trzeba było zgłębnik wsunąć na 60 cm. od zębów, aby powstało pluskanie. Takowe dało się z łatwością wybadać i było przy osłuchiwaniu wcale wyraźnie słyszalne. Dolna granica stłumienia od płynu pochodzącego znachodzi się na 6 cm. poniżéj poziomu płynu. Po dolaniu dalszych 500·00 płynu poziom płynu pozostał w téj saméj wysokości a dolna granica obniżyła się o 2 cm.

3) S. R., l. 37. *Hypochondria.* Wprowadzono zgłębnik sztywny, który wszedł z łatwością na .1 cm. i dał się wymacać na lewo od pępka 2 cm. wyżéj poziomu takowego. Następnie wlano za pomocą lejka 500·00 płynu. Przy wprowadzeniu zgłębnika na 58 cm. przechodził szmer syczący w „drobne pluskanie,“ świadczące o znachodzeniu się okienka zgłębnika w poziomie płynu. Po wlaniu dalszych 500·00 płynu poziom płynu podniósł się o 2 cm. (długość zgłębnika 56 cm.).

Stłumienie odpowiednie płynowi wybadano przy opukiwaniu w pozycyi stojącéj; było ono zgodne z wynikiem doświadczenia.

Nakoniec porównaj d. 7 powyżéj str. 42.

Wnioski: 1) Zwracanie uwagi na dzielność mięśniową żołądka przy badaniu rozmiarów takowego jest bardzo cenném w celu rozpoznawczym.

2) Metodą Rosenbacha przy użyciu zgłębnika sztywnego i przy pewném przyzwyczajeniu chorego do wprowadzania zgłębnika daje się w przybliżeniu poziom płynu oznaczyć.

3) Zasada, iż w żołądku prawidłowym poziom płynu przy wlewaniu coraz większych ilości takowego się podnosi, w żołądku zaś rozszerzonym pozostaje w téj saméj wysokości lub opada, jest słuszną.

4) Metoda jednak Rosenbacha jest zbyt skomplikowana i dla tego mało praktyczna [1]).

[1]) Poziom płynu da się bardzo łatwo, a w sposób mniéj przykry dla chorego stwierdzić metodą Neubauera (J. W. Neubauer „*Beiträge zur Beurteilung der Capacität des Magens*), polegającéj na zasadzie naczyń spółkujących: zgłębnik włożony do żołądka łączy się z rurką kauczukową zakończoną wygiętą rurką szklaną. Stan płynu w rurce wskazuje wysokość poziomu płynu w żołądku. Również zmianę poziomu płynu przy wypełnianiu żołądka różnemi ilościami płynu można łatwo tym sposobem stwierdzić. Lub téż do tego samego celu dojść można metodą Fleischera, polegającą na zmianie ciśnienia powietrza w zgłębniku w następstwie dostania się takowego do płynu; w tym celu przytwierdza się do górnego końca zgłębnika mały szklany manometr; skoro tylko okienko zgłębnika pocznie zagłębiać się w płynie, manometr wskaże podwyższone ciśnienie z powodu zgęszczenia powietrza w zgłębniku. Metod tych bliżéj nie omawiam, gdyż z oznaczeniem dolnéj granicy żołądka nie mają nic wspólnego.

IV. Sposób oznaczania dolnéj granicy żołądka wedle Sohreibera (v. literat.)

Postępowanie Schreibera jest następujące: Do dolnego końca zwykłego zgłębnika żołądkowego, zaopatrzonego od góry kurkiem do zamykania przytwierdza się mały balonik gumowy bardzo cienki; zgłębnik taki opatrzony balonikiem wprowadza się do żołądka i w żołądku przez dmuchanie w górny koniec zgłębnika wydyma, poczém się kurkiem zgłębnik szczelnie zamyka.—Przez to wywołuje się w jamie żołądka niejako sztuczny obrzęk, który częstokroć (przy znaczniejszém wydęciu balonika) zarysowuje się przez powłoki brzuszne, a nawet przy wiotkości powłok brzusznych daje się przez takowe z łatwością wymacać. Po ułożeniu balonika mamy tedy rozpoznać ustawienie dolnéj granicy żołądka. Schreiber twierdzi, iż wprowadzenie zgłębnika opatrzonego balonikiem nie przedstawia większych trudności, ani nie jest przykrzejszém dla chorego od wprowadzenia zwykłego zgłębnika żołądkowego i że wydęty balonik w większości przypadków daje się wybadać przez powłoki brzuszne.

Uskuteczniłem kilka doświadczeń tak na zwłokach jak na chorych, te jednakowoż wcale mnie nie zachęcają do czynienia dalszych prób w tym kierunku. Przedewszystkiém stwierdziłem, iż wprowadzenie zgłębnika z balonikiem, który chociażby był najcieńszy (bardzo cienki być nie może, gdyżby łatwo mógł pęknąć skutkiem wydymania) fałduje się około zgłębnika, jest dla chorych bardzo przykre. Akt wydymania, abstrahując od fantastyczności całego postępowania, równie nie miłe czyni na chorych wrażenie i zdarzyło mi się, iż pacyjenci, którzy znosili dobrze wprowadzanie zwykłego zgłębnika, stanowczo nie zezwalali na powtórzenie doświadczenia wedle Schreibera. Nadto (punkt nieposledniéj wagi) chory po wprowadzeniu zgłębnika, które się wykonywa w pozycyi stojącéj, musi przybrać pozycyję na wznak, gdyż inaczéj przy napięciu mięśni brzusznych obrzęk pochodzący od balonika przez powłoki brzuszne wybadać się nie da.

1) Doświadczenie na zwłokach. S. G., l. 20. Włożono zgłębnik opatrzony balonikiem do żołądka i takowy wydęto. Zgłębnik dał się wymacać na 1 cm. po nad pępkiem w linii środkowéj. Nastąpiło wypuklenie się powłok brzusznych w okolicy żołądka, sięgające od dołu do poziomu pępka. Przy opukiwaniu otrzymano nad miejscem przez balonik wypuklonêm odgłos wypukowy bębenkowy nizki, przechodzący poniżéj w odgłos znacznie wyższy.

Sekcyja wykazała, iż balonik był wydęty do 12 cm. w średnicy i przylegał ze wszystkich stron do ścian żołądka.

2) Doświadczenie na zwłokach. N. N., l. 40. Wprowadzono zgłębnik z balonikiem i takowy wydymano stopniowo za pomocą pompy Leitera. Zwolna wypuklały się ściany brzuszne, lecz kontury wydętego balonika stały się niecoo widoczne dopiero przy znacznéem napięciu takowego. Dolna

granica balonika dała się wymacać mniéj więcéj na 1 cm. wyżéj poziomu pępka. Sekcyja wykazała, że balonik był znacznie wydęty, do rozmiarów głowy dziecka. (Przy mniejszém wydęciu nie dał się wymacać).

3) Doświadczenie na chorym. L. G., l. 27. *Vomitus nervosus.* Nie zbyt łatwo (choremu przez kilka dni poprzednio wypłukiwano żołądek) wprowadzono zgłębnik z balonikiem i takowy wydęto. Następnie kazano choremu położyć się na wznak. Nastąpiło lekkie wypuklenie powłok brzusznych w okolicy żołądka, lecz nie można było takowego dokładnie odgraniczyć. Dokładnego wyobrażenia o ustawieniu dolnéj granicy żołądka nie powzięto po tém badaniu. — Daleko łatwiéj oznaczono u tegoż samego chorego dolną granicę żołądka po wydęciu takowego kwasem węglowym tudzież po wypełnieniu płynem.

2) Doświadczenie na chorym. J. P. l. 36. *Catarrhus ventriculi chronicus.* Wprowadzono zgłębnik Nr. 12, opatrzony na końcu balonikiem. Takowy wydęto. Żołądek wypuklił się wyraźnie; na 3 cm. powyżéj pępka można było wymacać kontury balonika. (P. fig. 4).

Fig. 4.



Jan Paliński, l. 36.— *Catarrhus ventriculi chronicus.*
ab = 3 cm.
t wydęty pęcherzyk na sondzie przytwierdzony.
cd wywnioskowana dolna granica żołądka.

Chociażby nawet postępowanie Schreibera dało się w każdym przypadku wykonać bez trudności, to daje nam wyniki bardzo względne. Przy znaczniejszém wydęciu żołądka wskazuje ta metoda dolną granicę żołądka niższą, niż rzeczywistą. Żołądek w całości się powiększa, gdyż gaz znachodzący się w żołądku wydyma żołądek około balonika, nie jest przeto w stanie dać wyników pewniejszych i dokładniejszych, jak wydymanie żołądka proszkiem burzącym, które daleko łatwiéj wykonać się daje.

Wnioski: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka metodą Schreibera jest zawikłane, a częstokroć bardzo trudne do wykonania.

2) Daje wyniki względniejsze, niż wypełnianie żołądka kwasem węglowym wedle Wagnera. (C. d. n.)

II. O zmianach wziernikowych w oczach królików w przypadkach ogólnego zakażenia wąglikowego.

Podał Dr. E. Machek,
Asystent kliniki okulist. w Uniw. Jagiell.

(Rzecz miana w sekcyi medycyny wewnętrznéj III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Zanim przystąpię do wytłumaczenia zmian wziernikowych, powstałych skutkiem zakażenia organizmu wąglikiem, wspomnieć muszę, iż starałem się zbadać, czy ischemija siatkówki nie powstaje, przynajmniéj w pewnéj części, skutkiem osłabienia czynności serca, albo czy, nie wchodząc już w przyczynę, nie napotykamy jéj w ogólności u konających zwierząt i ludzi w ostatnich godzinach życia. Badania pod tym względem przedstawiają z tego powodu trudności, że trudno o materyjał odpowiedni, a w przypadkach choroby trudno przewidzieć czas zgonu, idzie zaś właśnie o to, aby badać kilka godzin przed śmiercią. Pomimo to stwierdzić mogłem, iż króliki umierając na gruźlicę (jeden przypadek, sekcyję robił Dr. Szpilmann), na septykemiję (trzy przypadki), a nawet skutkiem upustu krwi z żył, nie okazują przed śmiercią objawów niedokrewności dna oka, z wyjątkiem chwil ostatnich, w których czynność serca ustaje. W trzech przypadkach septykemii, o których wspomniałem, powstała choroba skutkiem wszczepienia już gnijącego miąższu śledziony. W tych przypadkach laseczników we krwi wykazać nie można było, lecz natomiast poruszały się we krwi tysiące mono- i diplokoków. Zrządził wreszcie przypadek, iż dziewczynka dziesięcioletnia, u któréj szukałem gruzełków w naczyniówce, umarła w obecności kilku kolegów podczas oftalmoskopowania. Dno oka było jeszcze kilka chwil przed śmiercią prawidłowe, z ustaniem bicia serca znikły tętnice, a żyły wyglądały jakby poprzerywane. Z tych spostrzeżeń wynika, że anemija dna oka nie należy do zmian przedśmiertnych.

Wytłumaczenie zmian wziernikowych obu jak najwyraźniéj od siebie różniących się okresów nie przedstawia trudności w obec dzisiejszego stanu patologii laseczników wąglikowego. W pierwszym okresie stwierdzić można, że naczynia stają się ciemniejsze i wyraźniejsze. Jeżeli na dnie oka spostrzegamy drobne gałązki naczyń krwionośnych, których poprzednio widać nie było, może to mieć przyczynę podwójną. Naprzód dzieje się to tam, gdzie naczynia w całym swoim przebiegu grubieją, a drobne rozgałęzienia, poprzednio z powodu swojéj włosowatości (cienkości) niewidoczne, teraz po ich zgrubieniu dokładnie rozpoznać można. Tak się ma rzecz w przypadkach przekrwienia. Drugą przyczyną może być ściemnienie krwi, skutkiem którego jéj słupek téj samej grubości więcéj czerwonych promieni odbija niż poprzednio. Otóż pewna ilość drobnych gałązek, które przedtém za mało odbijały promieni czerwonych, aby je jako takie rozpoznać, staje się widoczną mimo niezmiennéj grubości. Zgrubienie naczyń, powstałe skutkiem przekrwienia, łączy się z ich pokręceniem a wypukłości i wklęsłości tylko wyjątkowo pozostają w płaszczyźnie siatkówki, najczęściéj zaś zwrócone są ku ciałku szklanemu. Im więcéj naczynia ku przodowi się wznoszą i im stromiej spadają, tém więcéj widzimy je patrząc z przodu w skróceniu a słup krwi jest tém grubszy i tém ciemniejszy. Ztąd pochodzi, że w przypadkach przekrwienia widzimy jaśniejsze i ciemniejsze miejsca w przebiegu naczyń; jaśniejsze tam, gdzie zakrzywienie jest ku nam albo od nas zwrócone, ciemniejsze zaś tam, gdzie się naczynia w głąb pogrążają albo ku ciałku szklanemu wznoszą. Tego pokręcenia naczyń, a w ogólności lekkiego nawet zgrubienia, dojrzeć nie mogłem; nie mieliśmy więc do czynienia z przekrwieniem lecz z ściemnieniem krwi, które powstać może tylko skutkiem jéj przesycenia kwasem węglowym. W tym okresie dość często już w wielkim obiegu krwi napotykaliśmy laseczniki wąglikowe, a zawsze znajdowała się wielka ich ilość w okolicy rany. W tym więc okresie znajuje się w organizmie już tak wielka ich ilość, że

sprowadzają desoksydacyję krwi pozbawiając ją tlenu do utrzymania życia niezbędnego.

Opierając się na badaniach Toussainta i Bollingera nie trudno wytłumaczyć także zmiany wziernikowe drugiego okresu. Zaszczepione laseczniki rozmnażają się w otoczeniu rany szczepienia i dostają się do naczyń chłonnych a wreszcie przez przewód piersiowy do żył wielkich. Teraz krew żylna, w któréj się spora ilość laseczników znajduje, przejść musi przez układ płucnych naczyń włosowatych. Skutkiem rozmaitéj szerokości tychże pewna część laseczników dostaje się do lewéj komory serca i do wielkiego obiegu, lecz znacznie większa ich część tworzy w naczyniach włosowatych płuc zatory, które przy sekcyi w każdym przypadku wykazać można. Zatory nadają płucom bardzo charakterystyczne mikroskopijne wejrzenie. Im większa ilość naczyń włosowatych płuc jest zaczopowaną, tém trudniéj dostaje się krew z prawego serca i wielkich żył ustroju do wielkiego obiegu, tém mniéj krwi w tętnicach, a tém więcéj w żyłach. Ztąd coraz większe przekrwienie żylne, a coraz węższe tętnice; nic więc dziwnego, że tętnice oka są w wysokim stopniu zwężone. Krew nagromadza się w tych żyłach, w których najmniejszy opór ma do przezwyciężenia, a więc w tych, które bliżéj serca są położone, a w których, jak wiadomo, parcie ościenne może być nawet ujemne, a wreszcie w grubszych żyłach podskórnych. Zastój żylny nie jest jednakże tak znaczny, aby dochodził aż do naczyń żylnych oka. Zdaje się wreszcie, że w wysokim stopniu elastyczna twardówka królicza (ucisk śródoczny) przyczynia się do tego, iż w żyłach ocznych krew się nie nagromadza, i że we wszystkich innych żyłach łatwiéj może powstać bierne przekrwienie niż właśnie w żyłach ocznych. To mechaniczne tłumaczenie anemii w żyłach jest, jak mi się zdaje, najwłaściwsze. Przypływ krwi jest zmniejszony, odpływ nie napotyka na żadne trudności, jak np. w jaskrze albo w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego, a elastyczność twardówki ułatwia odpływ. Że wreszcie wpływy mechaniczne mają przewagę nad nerwowemi, wynika już i ztąd, że napięcie gałek ocznych w okresie anemii jest zmniejszone. Ponieważ śmierć, pomijając zatory w ośrodkach bicia serca i oddechania *(Herz- und Athmungscentren)*, następuje skutkiem duszenia się, przyczém parcie ościenne w naczyniach się wzmaga a ucisk śródoczny podnosi *(Fick, Physiol. Optik* p. 34) gałki oczne musiałyby więc być od chwili ściemnienia krwi twardsze a nie miększe, gdyby na to przeważnie zmniejszony przypływ krwi nie działał.

Wyniki powyższych badań budzą zajęcie okulisty nietylko z tego powodu, że ze zmian wziernikiem widocznych można wnosić o zmianach w systemie krążenia, lecz także dla tego, że ostra choroba krwi objawia się w oku. Doniosłość tych badań, odniesiona do zwierząt, ma tylko teoretyczną wartość, może jednak znaleźć także zastósowanie w medycynie ludzkiéj. Wprawdzie człowiek i zwierzęta żyjące rozmaitemi pokarmami *(Omnivora)* nie mają skłonności do ogólnego zakażenia wąglikowego, skutkiem czego w przypadkach dostania się laseczników do ich ustroju powstają tylko miejscowe choroby *(anthrax)*, mające znaczenie chirurgiczne, jednak pewną jest rzeczą, że także i ogólne zakażenie wąglikowe u człowieka napotykamy. I tak wykazali laseczniki wąglikowe we krwi ludzkiéj w przypadkach wąglika jelit *(Mycosis intestinalis* patologów) Davaine, Gayet, Stone, Buhl, Waldeyer, Müller (Ziemssen. Bollinger *Infectionen durch thierische Gifte* p. 544) i Oemler *Archiv für wissenschft. Thierheilkunde* 1877). Bollinger (j. w. p. 537) twierdzi, że ten rodzaj ogólnego zakażenia „częściéj się zdarza niż dotąd sądzono“, tudzież że przypadki odnośne dla tego uchodzą uwagi lekarzy, iż przebieg choroby i endemiczne jéj występowanie podobne są do *cholera nostras.* Wyniki powyższych badań mogłyby więc znaleźć także zastósowanie w medycynie ludzkiéj.

III. Oceny i sprawozdania.

Leyden: Myocarditis po dyfteryi.

Prof. Leyden zwraca uwagę na wartość przedmiotu, który dotąd najczęściéj uchodził uwagi. Bretonneau, w znakomitej swej pracy o dyfteryi, nic jeszcze nie wspomina o wpływie téj choroby na serce. Jego uczeń Trousseau spostrzegł, że w dyfteryi występują niekiedy objawy bezdechu, nie stojące wcale w dostatecznym związku przyczynowym ze zmianami w drogach oddechowych. Widział on, że niekiedy chorzy, na których już kilka dni przedtém wykonano tracheotomiję, ginęli pośród objawów duszności. Dalsze spostrzeżenia w tym rodzaju doprowadziły zwolna do mniemania, że przyczyną śmierci w takich przypadkach jest osłabienie czynności serca. Leyden przypomina, że nie jednokrotnie się zdarza, że dzieci silne, z procesem dyfterytycznym stosunkowo mało rozwiniętym, ograniczonym, okazują objawy zapadu, tętno nikłe, chyże, duszność, i giną niekiedy pośród tych objawów. Te objawy ze strony serca skłoniły do poszukiwań anatomicznych w tym narządzie. Pierwszy ogłosił spostrzeżenie przed 20 laty Winckel w Salzburgu. Był on zdania, że przyczyną osłabienia czynności serca są skrzepy krwi, przez niego polipowatemi nazwane. W 10 lat późniéj znów we Wiedniu poruszono tę samą kwestyję. I tutaj osądzono, że przyczyną zapadu jest zakrzep krwi w sercu *(Herzthrombosen)*. Spostrzeżenia, szczególniéj we Francyi, z każdym rokiem wzrastały, przypuszczano przeważnie, że przyczyną zapadu są owe zaskrzepy, które niektórzy tłumaczyli podobnym procesem w sercu, jaki się w tchawicy i oskrzelach odgrywał. Zwolna dopiero przyszli badacze do tego, że się przekonali, że zakrzepy w sercu tworzą się *post mortem*, że przyczyną ich jest rozszerzenie serca.

Bouchut wystąpił z innèm zapatrywaniem. Twierdził on, że przyczyną śmiertelnego zejścia w tych przypadkach jest *Endocarditis granulosa miliaris.*

Teoryja Bouchuta była przyczyną nowych, dokładnych badań mikroskopowych mięśnia sercowego. Ranvier i inni wykazali stłuszczenie mięśnia sercowego, wprawdzie w dość ograniczonym stopniu. W Niemczech pracował w tym kierunku głównie Mosler.

Leyden opisuje trzy przypadki, które mogą się czémkolwiek przyczynić do wyjaśnienia, dotąd niezupełnie rozstrzygniętéj kwestyi. Pierwszy przypadek dotyczy dziecka, zmarłego pośród objawów zapadu. Badanie drobnowidowe serca wykazało zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, a przytém nader obfite bujanie ziarninowe na około naczyń, we włóknach zaś mięśniowych wybitną proliferacyję komórek. Badanie więc to wykazuje znamiona zapalne. W drugim przypadku 30-letni mężczyzna zachorował na dyfteryję z objawami zapadu. Wyzdrowiał, ale osłabienie pozostało. Wkrótce znów zapadł niebezpiecznie. Znaleziono teraz mierne pora-

żenie podniebienia miękkiego, ogólne osłabienie mięśniowe, kaszel i duszność. W płucach dają się wykazać objawy *broncho-pneumonii.* W sercu fizycznie nic nie można wykazać; osłabienie jednak czynności widoczne, tętno małe, słabe. Po naparstnicy krótko trwające polepszenie. W kilka dni potém nagle występują wymioty, duszność, sinica, śmierć. Badanie drobnowidowe wykazuje zaledwie ślad zwyrodnienia tłuszczowego. Wyraźne ślady Myokarditis, uwidoczniające się niewielką lecz liczną proliferacyją komórkową pomiędzy włóknami mięśniowemi. Prócz tego objawy poprzedniéj choroby: utrata w istocie mięśniowej serca, miejscami ścięgniste, zanikowe ogniska, w nich złogi barwika i liczne proliferacyje komórek.

Trzeci przypadek. Chłopiec 14-letni dostał dyfteryi i umarł w dwudziestym pierwszym dniu choroby. Przebył on właściwie proces dyfterytyczny, lecz rekonwalescencyja nie nastąpiła jak się należy. Chory pozostał osłabionym. Potém wystąpiły: porażenie podniebienia, hydrops, objawy rozszerzenia serca, tętno nader chyże *(Gallopprhytmus).* Sekcyja wykazała dość znaczne powiększenie szczególniéj lewego przedsionka; przy poszukiwaniu drobnowidowém znaleziono ślady zwyrodnienia tłuszczowego, dość rozległą, lecz niejednostajnie rozmieszczoną Myokarditis. Istota mięśniowa częściowo zupełnie zanikła, na granicach wiązek mięśniowych małe ogniska z mierném bujaniem jąderek i złogami barwikowemi, między włóknami mięśniowemi i do koła naczyń obfite bujanie ziarninowe.

Wypadek tych trzech sekcyj jest dostatecznym dowodem, że Myokarditis może w istocie wystąpić jako powikłanie dyfteryi. Zapad nie jest wywołany przejściowém zboczeniem w odżywianiu, lecz groźnym, długotrwałym chorobowym procesem w sercu, który wymaga wielkiéj baczności. Przyczyna tego procesu chorobowego dotąd nie znana, ale zdaje się polegać na zakażeniu grzybkami, podobnie jak się to ma rzecz z zapaleniem nerek w dyfteryi.

Ze względu na terapiję praktyczną trzeba tutaj wprost wyznać, że w przypadkach dyfteryi, w których osłabienie akcyi serca nagle wystąpi, o leczeniu nie może być mowy, rokowanie jest bezwarunkowo złe. Czy zbadanie dokładniejsze tego stanu chorobowego będzie w stanie nadal położyć tamę temu złemu, musi na teraz pozostać nierozstrzygniętém. Osłabienie akcyi serca, występujące w późniejszych okresach choroby, w czasie rekonwalescencyi, w okresie porażeń, jest o wiele wdzięczniejszém do leczenia, a i prognoza jest tutaj bezwarunkowo lepszą. Osłabienie to w tym okresie znamionuje się dusznością, nieregularném tętnem, biciem serca itp. Tutaj jest konieczną bezustanna baczność, aby natychmiast być w możności pokonania występujących objawów zapadu. Choremu należy zalecić spokój zupełny i używanie w odpowiedni sposób naparstnicy. W tych przypadkach przy odpowiedniém leczeniu można się często spodziewać pomyślnego przebiegu. (*W. med. Presse,* 1882, Nr. 4). *Dr. Kopff.*

Prof. Semmola (w Neapolu): **O istocie choroby Brighta.**

Autor już od lat wielu stara się dowieść, że w chorobie Brighta nastaje w białku krwi, skutkiem upośledzonéj czynności skóry, pewna zmiana chemiczno-drobinowa, w następstwie czego białko to niemogące się ani zasymilować ani spalić, musi być wydalonem z ciała jako coś obcego; to ma stanowić istotę choroby Brighta.

Semmola już dawniéj starał się wykazać różnicę między białkiem choroby Brighta a białkiem pojawiającém się w moczu w przebiegu innych chorób. Badania w tym kierunku nie doprowadziły do rozstrzygającego rezultatu, chociaż zdaniem autora badacz doświadczony może z samego wejrzenia osadu białkowego w moczu odróżnić chorobę Brighta od innych. Że w chorobie Brighta już pierwotnie białko krwi ulega pewnym zmianom chemiczno-drobinowym, ma dowodzić fakt wykazany przez Semmolę, że białko to w chorobie wzmiankowanéj okazuje mniéj lub więcéj znaczny stopień bezpośredniéj (w surowicy krwi) dyfuzyi, gdy białko krwi prawidłowéj, tudzież w innych chorobach białkomoczowych, nie dyfunduje wcale, daléj że w chorobie Brighta nietylko wydzielina nerek zawiera białko, ale także żółć, pot i ślina. Choroba Brighta jest chorobą odżywczą ogólną, wywolaną zmianami w drobinowym składzie białka krwi; zmiany w nerkach są dopiero następstwem powyższego zboczenia w odżywieniu i zależą: 1. od upośledzonego krążenia krwi w skórze,— przekrwienie nerek, 2. od drażnienia miąższu nerkowego przez nagromadzone we krwi składniki wydzieliny skórnéj, 3. od wygórowanéj czynności nerek celem wydalenia z krwi nieużytecznego i szkodliwego białka. Wszystkie inne choroby połączone z białkomoczem (nerka zastoinowa, skrobiowata itd.) należy oddzielić od istotnéj choroby Brighta w powyższém znaczeniu. *(Allg. W. med. Ztg.* 1882, Nr. 3).
Dr. Smoleński (Jaworze).

Albrecht: **Wdechiwanie chemicznie czystego tlenu, celem pobudzenia przemiany pierwiastków w blednicy, niedokrewności i rekonwalescencyi.**

A. opierając się na doświadczeniach robionych we francuskich szpitalach i na własnych $1^1/_2$-rocznych doświadczeniach, zaleca używanie tlenu w chorobach, wymagających przyspieszenia przemiany pierwiastków.

Od czasu odkrycia tlenu przez Priestleya, 1go sierpnia 1774 roku, próbowano niejednokrotnie zastósować gaz ten do celów leczniczych. Priestley, który sam na sobie robił z tym pierwiastkiem doświadczenia, pisze, że wdechiwanie kwasorodu sprawiało mu ogromną ulgę. W r. 1790, profesor chemii Beddoes założył w Oxfordzie osobny budynek dla leczenia chorób płucnych wziewaniami tlenu. Popierał go w tym przedsięwzięciu słynny fizyk James Watt. Metoda ta rozpowszechniła się i we Francyi, a nawet w Niemczech, lecz wkrótce, z powodu nader podówczas kosztownego sposobu wydobywania tlenu, porzuconą została. W blizko pół wieku późniéj znów zaczęto robić doświadczenia z działaniem tlenu. Zajmowali się tym przedmiotem głównie Demarquay, Lecoute, Kl. Bernard i inni. W r. 1864 Demarquay i Lecoute ogłosili swoje w tym względzie spostrzeżenia. Według tych autorów zwierzęta przebywały po 15 do 18 godzin w tlenie bez uszczerbku dla zdrowia. Widocznem było tylko znaczne podniecenie, szczególniéj w układzie naczyniowym, i bardzo silne pobudzenie apetytu. Człowiek może bez szkody wdechiwać po 20, 30 a nawet więcéj litrów tlenu. Przy tém uczuwa się pewnego rodzaju lekkość, nawet podniecenie, które się może wzmódz aż do objawów upicia. Ogólnym objawem było ogromne podniecenie apetytu. Demarquay uważa za przeciwskazanie do używania oddechania tlenem usposobienie do krwotoków, choroby układu naczyniowego itp. Najodpowiedniejszą porą do wdechiwań jest zdaniem Kl. Bernarda przedpołudnie, bo na czczo o wiele łatwiéj się pochłania tlen,

niż po obfitym posiłku. Na podstawie tych spostrzeżeń stosowano wdechiwanie tlenu w chlorozie, suchotach płucnych (w początkach), niestrawności, niedokrewności, cukromoczu, zamartwicy. Hayem używał tlenu w dyspepsyi chlorotycznych i uważał, że odżywienie chorych znacznie się poprawiało, że preparata żelazne, przedtém trudno strawne, bez skutku używane, chorzy o wiele łatwiéj znosili i skutek po nich był widoczniejszym.

Albrecht jest zdania, że tylko chemicznie czysty tlen można użyć w celach leczniczych. Na poparcie przytacza różne obce spostrzeżenia, jak Chaptala, który widział po kilkokrotnych wdechiwaniach tlenu występowanie ślinotoku. Chaptal używał, jak to wówczas się zwykle robiło, do otrzymania tlenu niedokwasu rtęci.

Obecnie najpowszechniéj wydobywa się tlen z chloranu potasowego. Sposobu tego używa także Limousin w Paryżu, wynalazca odpowiedniego narządu do wdechiwania tlenu. Limousin daje do retorty z lanego żelaza mieszaninę 100 gr. chem. czyst. chloranu potasowego z 40 gr. nadniedokwasu manganezu. Retortę zamyka się za pomocą nakrywki wkręcanéj i ogrzewa nad lampą spirytusową. Wywiązujący się tlen przechodzi przez opłóczkę, zawierającą słaby roztwór ługu potasowego (dla zatrzymania domięszanego chloru, kwasu chlorowego itd.) i dostaje się do worka gutaperkowego, mogącego pomieścić do 30 litrów gazu. Przyrząd ten jest bardzo bezpieczny i łatwy do użycia. Chory wciąga z worka nosem tlen i zatrzymuje go jak najdłużéj w płucach. Skoro czynność ta znuży trochę, należy chwilę odpocząć. Ilość tlenu, któréj się używa do wdechiwań, zależy od ustroju chorego. Z początku najlepiéj nie używać więcéj nad 10 do 15 litrów.

Według Albrechta występują następujące objawy skutkiem wdechiwań tlenu: 1) Ciepłota ciała podnosi się ku końcowi aplikacyi o kilka dziesiętnych, 2) tętno i liczba oddechów zwiększa się, 3) u anemicznych po zużyciu koło 20 litrów tlenu występują objawy podniecenia umysłowego, pewien rodzaj upicia się, niektórzy doświadczają przytém uczucia mrowienia w członkach, 4) bez wyjątku wzmaga się apetyt, 5) wydzielanie mocznika zwiększa się, 6) cięźar ciała staje się większym, 7) ilość ciałek czerwonych krwi wzmaga się, 8) podobnież ilość hemoglobiny krwi. *(Allg. med. Centr. Ztg.*, 1882, Nr. 4). *Dr. Kopff.*

S c h e d e: **Przyczynek do otrucia jodoformowego.**

W chwili wprowadzenia jodoformu w praktykę chirurgiczną przez Mosetiga i Mikulicza środek ten zyskał w krótkim czasie bardzo znaczne rozpowszechnienie i zewsząd chwalono tylko dobre skutki nowego leku. Wkrótce jednak przekonano się, że jodoform nie jest wcale środkiem tak niewinnym, jak to mniemano z początku, a Schede w artykule swym zwraca uwagę chirurgów na następne niebezpieczeństwa grożące po zastosowaniu opatrunku jodoformowego.

Dla wielu osób jodoform jest zupełnie nieszkodliwy, u niektórych ludzi jednak istnieje pewna idijosynkrazyja, która lek ten czyni tém niebezpieczniejszym, iż nie mamy żadnych danych, któreby już zawczasu nakazywały ostrożne stosowanie jodoformu, w innych przypadkach środek ten zdaje się działać zbiorowo, objawy zatrucia występują w takich razach nagle i tak gwałtownie, że nawet natychmiastowe usunięcie opatrunku jodoformowego nie może często wstrzymać wyniku śmiertelnego.

Na podstawie swego bardzo obszernego doświadczenia podaje Sch. następujące objawy zatrucia jodoformem. Ciepłota ciała podnieść się może znacznie aż do 40°C., przyczém jednak stan ogólny chorego wcale nie cierpi. Gorączka ta może wystąpić bezpośrednio po zastosowaniu jodoformu i powtarzać się po każdorazowym opatrunku, nie wywołując żadnych złych następstw.

W innych przypadkach występują już ważniejsze zmiany: chory jest przygnębiony, cierpi ból głowy, brak apetytu, tętno jego częste, małe i miękkie. Zboczenia te ustępują szybko po usunięciu jodoformu. Dalszym objawem zatrucia może być tętno nadzwyczaj szybkie, 150—180 na minutę, przytém gorączka tylko przemijająca lub brak jéj zupełny. Stan ogólny chorego mało zmieniony, objawy jednak powyższe zmuszają do natychmiastowego usunięcia jodoformu, gdyż w tych przypadkach niebezpieczeństwo dla chorego już jest bardzo znaczne.

Po czwarte uważał Sch. tętno bardzo częste w obec odpowiednio wysokiéj gorączki. Stan ten pomięszaćby można z gnilicą; jednak długie trwanie choroby, wolne sensoryjum; język wilgotny i czerwony pozwalają odróżnić te przypadki zatrucia jodoformowego od gnilicy.

Najczęstsze i najgroźniejsze są objawy zboczenia w działaniu mózgowia, występujące bądź to w postaci ostrego zapalenia opon mózgowych bądź jako właściwe obłąkanie. Pierwsze z nich uważać można najczęściéj u dzieci i śród tych objawów umarł w klinice Schedego 9-letni chłopiec z resekcyją biodra i tylko zupełny brak gorączki aż do śmierci i ujemny wynik sekcyi pozwoliły wykluczyć zapalenie opon mózgowych. Drugiego chłopca z ropniem opadowym, u którego wystąpiły takie same objawy zadrażnienia mózgu, zdołano jeszcze uratować przez natychmiastowe oddalenie jodoformu. Obłąkanie wywołane przez jodoform wystąpić może albo jako rozdrażnienie umysłowe, często w postaci manii prześladowczéj, lub téż jako obraz bardzo znacznego pognębienia.

W obec tak licznych i groźnych niebezpieczeństw jodoformu uważa Sch. za zupełnie przeciwwskazane wypełnianie świeżych ran proszkiem jodoformu, a to głównie dla tego, że jodoform w téj postaci wpaja się w tkaniny, tak że w razie wystąpienia przypadów zatrucia dokładne jego oddalenie jest prawie niemożebne. Stosowniejsze do użycia są pałeczki i gaza jodoformowa.

Wreszcie przekonał się Sch., że jodoform tak samo jak i inne dotąd używane środki przeciwgnilne, nie chroni zupełnie od wystąpienia róży. *(Ctrbl. für Chir.*, 1882, Nr. 3)

Dr. Schramm.

Mathieu: **Narzędzie do oznaczania krzywizny cewki moczowéj.**
(Curvimètre uréthral).

Przeszkody napotykane śród sondowania cewki moczowéj pochodzić mogą albo w skutek zwężenia tego kanału albo z powodu nieprawidłowéj jego krzywizny. Do pokonania przeszkód tego ostatniego rodzaju służyć ma nowe narzędzie Mathieugo. Jest ono podobne zewnętrznie do zwykłego zgłębnika elastycznego, opatrzonego przy pawilonie 3 pierścieniami, z których dwa boczne są stale przymocowane do zgłębnika, środkowy zaś służy do wygodnego poruszania mandrynu. Poniżéj pawilonu znajduje się tarcza stopniowana z wskazówką. Wewnątrz zgłębnika umieszczona jest sprężyna tak zagięta, że oba jéj ramiona biegną do siebie zupełnie równolegle; jedno z tych ramion jest przymocowane stale do mandrynu, drugie jest w połączeniu z wspomnianą wyżéj wskazówką.

Działanie tego narzędzia jest następujące:

Przez poruszanie mandrynu w jednę lub drugą stronę nadać możemy narzędziu wprowadzonemu do cewki potrzebną krzywiznę, a ponieważ ramie sprężyny, będące w połączeniu ze wskazówką, musi o tyle posunąć się w tył lub naprzód, o ile ramie przymocowane do mandrynu posunęło się w kierunku przeciwnym, przeto na stopniowanéj tarczy odczytać możemy w każdéj chwili, jaką krzywiznę posiada właśnie narzędzie, tak że tym sposobem możemy dokładnie oznaczyć krzywiznę cewki moczowéj u każdego chorego, dobrać według tego odpowiedni cewnik i uniknąć owego macania na oślep, jakie dotąd przy tego rodzaju przeszkodach w sondowaniu zawsze miało miejsce. W narzędziu więc Mathieugo zyskałaby chirurgija nowe *instrumentum praecisionis* (*Gazette des hop.*, 188?, Nr. 7). *Dr. Schramm.*

O ptomainach.

II. Prace Brouardela i Boutmy'ego.

Prace Selmiego o ptomainach poznali czytelnicy z wyczerpujących sprawozdań pisma naszego. (Nr. 49—52 Przegl. Lek. z r. 1881.) Rozumie się, że tak ważna kwestyja ptomainów pobudziła i innych badaczy do skrzętnych i pilnych poszukiwań w kierunku wskazanym przez Selmiego. Otóż teraz zamierzamy w dalszym ciągu podać sprawozdanie z wyników tych badań.

Zaczniemy od prac prof. med. sądowéj Brouardela i chemika Boutmyego w Paryżu. Obaj ci autorowie przedłożyli w r. 1880 na posiedzeniu czerwcowém Towarzystwa francuzkiego dla medycyny sądowéj w Paryżu sprawozdanie ze swoich pierwszych poszukiwań, z których wyjmujemy ważniejsze wyniki badań.

I. 26 grudnia 1879 przyniesiono do domu przedpogrzebowego w Paryżu (la morgue) zwłoki człowieka zaczadzonego. Ponieważ mróz w tym czasie był nader silny, zwłoki więc w stanie zupełnego skostnienia pozostały do lutego 1880 r. W tym czasie powietrze nagle zlagodniało, a skutkiem panującego ciepła zwłoki człowieka zaczadzonego odtajały. Wykonano natychmiast na nich sekcyję policyjną. Trzewa przeniesiono do pracowni chemicznéj, a badanie chemiczne, wykonane przez Brouardela i Boutmyego, nie wykazało żadnéj trucizny, tak organicznéj jak i nieorganicznéj.

Po ośmiu dniach ponowiono powtórnie badanie chemiczne. Tym razem otrzymano z trzew ciało organiczne, odpowiadające reakcyjami alkaloidom.

Badano więc w zwykły sposób, jaki nam służy do odróżnienia alkaloidów między sobą. Przekonano się jednak, że ciało otrzymane z trzew gnijących nie jest żadnym ze znanych alkaloidów, że jest ptomainem, zasadą, która powstała przy gniciu trupa. Dawała ona z odczynnikiem Meyera (jodek rtęci w jodku potasu) obficie strąt biały, brunatniała za ogrzaniem z kwasem siarkowym zgęszczonym, redukowała kwas jodowy itd.

II. 29 maja 1879 r. otrzymali Brouardel i Boutmy od prokuratoryi państwa w Paryżu polecenie zbadania chemicznego trzew i wymiocin człowieka. Podejrzywano, że przyczyną śmierci tegoż było otrucie. Rozbiór wykazał, że człowiek ten spożył ilość arszeniku, w zupełności wystarczającą do wytłumaczenia nagłéj śmierci. Ilość kwasu arsenawego, wykrytego we wnętrznościach i wymiocinach, wynosiła 2,565 grama. Na podstawie śledztwa i rozprawy sądowéj udowodniono, że ów człowiek został otruty li tylko kwasem arsenawym. Tymczasem Brouardel i Boutmy otrzymali z trzew ofiary zbrodni alkaloid stały, krystaliczny, dający wszystkie ogólne oddziaływania właściwe alkaloidom, a mianowicie: 1) oddziaływanie wyraźnie alkaliczne na papierku czerwonym lakmusu; 2) rozpuszczalność we wodzie, wyskoku i eterze; 3) strąt z odczynnikiem Meyera, strąt z rozczynem jodu w jodku potasu, strąt z kwasem garbnikowym itd. Badania, celem wykazania, jakiby to mógł być alkaloid, doprowadziły do wyniku, że żadna reakcyja właściwa znanym alkaloidom nie odpowiada ciału, otrzymanemu z wnętrzności. Ciało to barwiło się z kw. azotowym złoto-żółto. Oddziaływanie takie nie odpowiada ani morfinowi, ani brucynowi. Tymczasem ciało otrzymane, podobnie jak morfin, wydziela jod z kwasu jodowego, nie dając na odwrót drugiéj charakterystycznéj reakcyi dla morfinu, nie barwiąc się niebiesko po dodaniu chlorku żelazowego. Ciało otrzymane, ogrzane nieco z kwasem siarkowym, przybiera odcień zabarwienia czerwonego, podobnego jakie daje weratryn pod działaniem tego kwasu. Mięszanina kwasu siarkowego z nadniedokwasem baru wywołuje zabarwienie złotawo-pomarańczowe, podobne do oddziaływania brucynu.— W końcu doświadczenia fizyjologiczne z żabą wykazały, że jeden miligram alkaloidu, otrzymanego z wnętrzności, zastrzyknięty podskórnie, nie sprowadza śmierci, podczas gdy taka dawka brucynu lub weratrynu jest dla żaby bezwarunkowo śmiertelną. Z tego więc wynika, że jakkolwiek alkaloid otrzymany z wnętrzności daje po większéj części oddziaływanie właściwe brucynowi i weratrynowi, to przecież nie jest żadnym z tych dwóch, lecz zasadą organiczną trupią, ptomainem. Zachodzi tutaj podobieństwo z ptomainem opisanym przez Selmiego. Selmi otrzymał z dwóch trupów ekshumowanych, w których wykazano kwas arsenawy w dość znacznéj ilości, ciało krystaliczne, organiczne, oddziaływające alkalicznie, gorzkie, z kwasami tworzące sole krystalizujące. Ciało to było ptomainem o własności alkaloidów i między innemi dawało następujące reakcyje: Z kwasem siarkowym—zabarwienie czerwone; z kwasem jodowym—wydzielało jod wolny; z kwasem azotowym—zabarwienie żółte. Mała ilość tego ciała nie zezwalała prof. Selmiemu badać go dokładniéj chemicznie i wykonać próby fizyjologicznéj. Z drugiego trupa otrzymał jeszcze Selmi drugi alkaloid, który się z kwasem siarkowym barwił czerwono, z kwasem azotowym żółto, był krystalicznym i gorzkim, jednak od poprzedniego różnił się tém, że nie wydzielał jodu z kwasu jodowego. Ten ostatni ptomain był nader trujący, zabijał żaby w minimalnych dawkach. Na podstawie tych spostrzeżeń Selmiego uderzających podobieństwem z spostrzeżeniami Brouardela i Boutmyego, obaj ci badacze sądzą, że ptomainy bezwątpienia istnieją, że występują jako zupełnie oddzielne indywidua chemiczne, i że jest ich większa liczba, różniących się między sobą własnościami.

Jak się zdaje rodzaj gnicia nie ma wpływu na wytwarzanie się różnych ptomainów. Brouardel i Boutmy otrzymali z trupów, gnijących w zupełnie różnych warunkach, jeden i ten sam ptomain.

III. D. 5 marca 1880 r. badali z polecenia prokuratoryi Rzeczypospolitéj francuzkiéj zwłoki człowieka otrutego kwasem sinowodowym. Z przyczyn niezależnych od chemików dostawiono trupa dopiero w kilkanaście dni po śmierci. Naturalnie, że wśród takich okoliczności, trudno się było spodziewać dodatniego wyniku z poszukiwań chemicznych za kwasem sinowodowym. Badanie też w tym kierunku nic pewnego nie wykazało. Przystąpiono więc do poszukiwań

za alkaloidami. Metodą Stasa otrzymano ciało, oddziaływające alkalicznie, zachowujące się względem odczynników jak następuje: Kwas siarkowy na zimno — zabarwienie brunatno fijołkowe. Ciało badane czernieje nieco. Kwas azotowy z kwasem siarkowym daje zabarwienie wybitne żółto-brunatne. Kwas siarkowy z dwubromianem potasowym zabarwienie zielone. Kwas azotowy zabarwienie ciemno żółto-brunatne. Kwas pikrynowy nie daje żadnéj reakcyi. Kwas jodowy wydziela jod wolny. Odczynnik Fröhdego nie daje reakcyi. Kwas garbnikowy, strąt biały. Chlorek złota, strąt żółtawo-biały. Jod w jodku potasu, strąt brunatny. Chlorek platyny nie daje strątu. Chlorek rtęciowy nie daje strątu. Chlorek żelazawy nie daje strątu. Azotan srebrowy strąt biały, następnie wydziela się metaliczne srebro, a ciecz przybiera zabarwienie stale czerwone. Żaden ze znanych alkaloidów nie daje reakcyi odpowiadających ciału powyższemu. Jest to zatém ptomain. Ptomain ten zachowuje się bardzo podobnie jak alkaloid otrzymany 11 lutego 1880 r. ze zwłok człowieka, zmarłego 26 grudnia 1879, skutkiem zaczadzenia. Dla porównania podajemy reakcyje, otrzymane z tym ostatnim ptomainem. Kwas siarkowy zabarwienie brudno-fijołkowe. Kwas siarkowy z kwasem azotowym zabarwienie żółto-brunatne. Kwas siarkowy z dwubromianem potasowym zabarwienie zielone. Kwas jodowy, jod się wydziela. Azotan srebrowy strąt biały, potém wydzielanie metalicznego srebra, płyn się barwi czerwono. Chlorek złota strąt żółtawo-biały. Chlorek platyny, chłorek rtęciowy, chlorek żelazowy nie dają strątu. Kwas azotowy, zabarwienie złoto-żółte. Kwas pikrynowy strąt blado-żółty, obfity. Jod w jodku potasu strąt barwy kermesowo-brunatnéj. Odczynnik Fröhdego nie daje strątu. Kwas garbnikowy strąt biały, wzmagający się po dodaniu kwasu chlorowodowego. Kwas fosforo-molybdenowy strąt biały obficie. Daléj oddziaływanie fizyjologiczne obu ptomainów podobne: Żaby po zadaniu tych alkaloidów okazują te same oznaki zatrucia. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że oba te ptomainy są ciałami identycznemi. Brouardel i Boutmy zwracają uwagę, że być może, że analogija ta ztąd pochodzi, że tak kwas sinowodowy jak i niedokwas węgla działają na hemoglobinę krwi, a skutkiem tego warunki do powstania jednego i tego samego alkaloidu mogą być dane.

Alkaloidom otrzymanym z ciał gnijących zwierzęcych nadano nazwisko ptomainów, aby tym sposobem uwydatnić ich własność jako ciał lotnych, ciał niestałych. Brouardel i Boutmy są zdania, że istnieją przecież warunki, w których alkaloidy trupie dadzą się przechować, nie rozkładają się i nie są lotnemi. Obaj autorowie mieli sposobność badać zwłoki, które od 18 miesięcy przebywały w wodzie schowane. Naturalnie zwłoki te były w stanie zupełnego rozkładu. Za pomocą metody Stasa otrzymano alkaloid w ilości dostatecznéj, aby wykonać następujące próby. Oddziaływanie alkaliczne, papierek niebieski kalmusu czerwieni je najwyraźniéj. Odczynnik Meyera daje strąt obfity. Z węglanem potasowym daje osad biały kłaczkowaty, z kwasem siarkowym na zimno nie daje żadnéj wyraźnéj reakcyi. Z tymże kwasem na ciepło daje odcień zabarwienia fijołkowego. Alkaloid ten zatém zachowuje się wedle tych reakcyj podobnie do morfinu, kodeinu, weratrynu i atropinu. Z kwasem siarkowym i nadniedokwasem baru barwi się na zimno czerwono, na ciepło fijołkowo. Reakcyja ta odpowiada tylko weratrynowi. Z tego wynikałoby, że alkaloid otrzymany jest weratrynem. I w istocie daje on cechujące weratryn zabarwienie wiśniowo-czerwone z kwasem chlorowodowym zgęszczonym. Między tym alkaloidem jednak a weratrynem zachodzi wybitna różnica. Weratryn zachowuje się obojętnie względem nadżelasinku potasu. Ciało otrzymane zaś **redukuje nadżelasinek na żelasinek potasu**. Daléj żaba zatruta weratrynem dostaje kurczów spazmodycznych w napadach, alkaloid zaś otrzymany metodą Stasa, zastrzyknięty żabie podskórnie, wcale tak nie działa. Z powyższego wnioskuje Brouardel i Boutmy, że 1) Alkaloid otrzymany z rozłożonego ciała człowieka utopionego jest ptomainem. 2) Ptomain ten, utworzony w ciele gnijącém pod wodą, okazuje pewną odporność — dla elementów rozkładających, w jakich się znajduje.

Zachodzi pytanie, czy ptomainy po większéj części trujące dla zwierząt, są także szkodliwemi dla ustroju ludzkiego. Brouardel i Boutmy mieli w tym względzie sposobność zrobić ciekawe spostrzeżenie. 10 października 1878 r., polecono sądownie obu chemikom zbadać zwłoki kobiety zmarłéj wkrótce po zjedzeniu gęsiny. Z resztek téj gęsiny otrzymali Brouardel i Boutmy zasadę alkaliczną płynną, przedstawiającą wiele podobieństwa z koniinem. Ciało otrzymane wydaje woń przejmującą moczu mysiego, jest lotne, woń się zoostrza za ogrzaniem. Z fosforo-molybdenianem sodowym daje strąt barwy czerwono-pomarańczowéj. Z jodem w jodku potasu daje strąt kermesowo-brunatny. Z chlorkiem złota — osad fijołkowy. Z kwasem garbnikowym — osad biały. Reakcyje te wszystkie są właściwe li tylko koniinowi. Tymczasem zachodzi między obydwoma ciałami widoczna różnica. Koniin barwi się czerwono pod wpływem gazu kwasu chlorowodowego. Gaz ten wcale nie działa na alkaloid otrzymany z gęsiny. Koniin wywięzuje woń kwasu masłowego pod działaniem kwasu siarkowego i dwubromianu potasowego. Alkaloid otrzymany z gęsiny nie daje i téj dla koniinu charakterystycznéj reakcyi.

Podobnież zachodzi różnica wybitna w działaniu trującém obu tych ciał na żabę. Poddano badaniu wnętrzności kobiety. Otrzymano alkaloid, odpowiadający nietylko działaniem fizyjologiczném na żabę zupełnie alkaloidowi z gęsiny, lecz nawet dający te same zupełnie reakcyje chemiczne. A zatém alkaloid otrzymany z gęsiny jest zupełnie identyczny z alkaloidem, jaki znaleziono w zwłokach kobiety. Daje on te same reakcyje fizyjologiczne jak i chemiczne. Dodajmy jeszcze do tego, że badanie anatomiczne również nie dawało najmniejszéj podstawy do przypuszczenia otrucia jakimkolwiek innym znanym alkaloidem. Pozostaje więc nam jedynie tylko przypuścić, że kobieta zmarła skutkiem otrucia ptomainem, znajdującym się w nieświeżéj gęsinie. Przypuszczenie to nabiera jeszcze tém większéj pewności, że kobieta żyła dość niechlujnie, że już dwa razy skutkiem niechlujstwa w jedzeniu i nieprzebieraniu w pokarmach była w niebezpieczeństwie życia. Powtóre, dwanaście osób zaproszonych przez nią na wzmiankowaną gęsinę rozchorowało się pośród objawów podobnych, które u téj kobiety sprowadziły śmierć. Zachodzi jeszcze pytanie, czy ptomain ten mógł się oprzeć gorącu, na jakie była wystawioną nieświeża gęś w czasie pieczenia. Na to pytanie Brouardel i Boutmy nie umieją odpowiedzieć. Ostatecznie więc wynika, że niektóre alkaloidy trupie działają szkodliwie, trująco, na ustrój ludzki.

Jeżeli porównamy przypadek ten z przypadkiem pierwszym, z przypadkiem, w którym otrzymano alkaloid ze zwłok człowieka zaczadzonego, pozostających w pracowni

przez dni ośm, to widzimy, że nie potrzeba wcale dłuższego czasu do wytworzenia się ptomainów w ciałach zwierzęcych, ulegających rozpadowi. Jakie warunki sprzyjają powstawaniu ptomainów, pozostaje dotąd dla nas zagadką. *Dr. Kopff.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Drugiém zadaniem znawcy lekarskiego jest opisanie osoby. Pod tym względem zasługuje na uwagę: 1) Długość ciała celem oznaczenia w przybliżeniu wieku. Jeżeli trup jest uszkodzony, wtedy oznacza się przynajmniéj długość poszczególnych członków lub części ciała, przedstawiających całość anatomiczną. 2) Płeć. Na zwłokach zgniłych, zwęglonych itd., domyślеć się można płci po resztkach odzieży, kosztownościach, a głównie po włosach, które długo opierają się zgniliżnie. Długość włosów, oraz ich siedziba (twarz, broda, klatka piersiowa) posłużyć mogą ku ocenieniu płci, oczywiście jeżeli się uwzględnia możebne wyjątki, np. co do zarostu naokoło części płciowych, na podpępczu, a nawet na klatce piersiowéj. Jeżeli ciało ulegało działaniu płomienia, wtedy zarost w zupełności może zniknąć, przez co fizyjonomija człowieka bardzo się zmienia. Włosy gęste dłużéj opierają się płomieniowi, aniżeli rzadkie, tłuste i splecione dłużéj aniżeli suche i niesplecione. Najważniejszém pod względem sprawdzania płci jest wykazanie przyrządu płciowego lub przynajmniéj części onego. Wejrzenie bowiem samo trupa żadnego często nie ma znaczenia a nawet różnice w kośćcu u zwęglonych mogą być zatarte. W téj mierze wykrycie sutków zapewne ma wielkie znaczenie, uważać jednak należy za wyjątki, a mianowicie, że one u dziewcząt czasem mało się rozwijają, a u kobiet starszych zanikają, podczas gdy u mężczyzn wyjątkowo dobrze są rozwinięte. Mleko znachodzące się czasem w sutkach noworodków nie może być podstawą do ocenienia płci. — Części płciowych zewnętrznych nie można rozpoznawać częstokroć na trupach gnijących, zwęglonych itd., natomiast i w takich razach badanie części rodnych wewnętrznych może posłużyć jeszcze do rozpoznania płci. W téj mierze przytacza H. znany przypadek opisany przez Caspra, w którym w 9 miesięcy po zniknięciu ładnéj dziewczyny, która miała być w ciąży, znaleziono w kloace ciało ludzkie ogromnie zgniłe, co do którego przypuszczano, że jest ciałem owéj dziewczyny. O sekcyi owéj bryły bezkształtnéj mowy być nie mogło, po otwarciu jednak jéj znaleziono macicę dziewiczą wcale dobrze jeszcze zachowaną. I w zwłokach znacznie zwęglonych pomimo przepęknięcia ścian brzusznych w licznych przypadkach katastrofy wiedeńskiéj znaleziono macicę, wprawdzie powierzchownie zwęgloną; w kilku przypadkach była ona całkiem zwęgloną, ale po przecięciu można było rozpoznać wnętrze jéj, również i jajniki, a tém samém rozpoznać płeć żeńską. (W otrzymanym właśnie ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di medicina legale* znajduje się rozprawa prof. Tamassii w Pawii o gniciu macicy, z któréj póżniéj zdamy sprawę. *Sprawozd.)* W innych przypadkach po braku ciała masywnego pomiędzy pęcherzem moczowym a odbytnicą wnoszono o płci męskiéj. Częstokroć utrzymuje się dobrze i pęcherz moczowy, a po części ośrodkowéj cewki moczowéj, zwłaszcza po wzgórku nasiennym, jakotéż po pozostałych częściach ciał jamistych prącia płeć męzka rozpoznać się dawała tak u zwłok zwęglonych jakotéż mocno gnijących.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **O nowéj teoryi zaraźliwości gnilca.** Petrone Luigi wstrzykiwał królikom krew chorych na gnilec, a mianowicie pierwszemu jedną, drugiemu dwie, trzeciemu zaś trzy strzykawki Pravaza. U wszystkich pojawiła się gorączka i wychudnienie. Na trzeci dzień pokazały się u królika, któremu trzy strzykawki krwi zastrzyknięto, wynaczynienia za uszami, czwartego dnia i u dwóch pozostałych. W siedm dni po wstrzyknięciu zwierzęta zabito. Sekcyja wykazała u wszystkich znaczne wychudnienie, wylewy krwawe na oponie twardéj, opłucny, otrzewny, w śledzionie i wątrobie, jakotéż obrzmienie gruczołów kreskowych. Drobnowidowe badanie krwi wykryło owalne, lśniące, dobrowolnie się poruszające ciałka. Czerwone ciałka krwi nie były skurczone, lecz w mniejszéj ilości od ciałek białych. Doświadczenia autora, zgodne z badaniami prof. Murri, skłaniają do przypuszczenia, że owe błyszczące ciałka we krwi znalezione są owym przyrzutem gnilca. *(Centralbl. f. kl. Med.* Nr. 54).

(γ.) **Letarg powrotny.** W powszechnym szpitalu w Rouen znajduje się obecnie niezwykły przypadek letargu. Przed 20 dniami kobieta 37-letnia zapadła w głęboki sen, który ustępuje co noc na kilka chwil, podczas których dają jéj pożywienie. W czasie snu całe ciało jest stężałe, tak że można je unieść jak kłodę drzewa. Pierwszy napad miał miejsce przed 14 laty i odtąd napady letargu powtarzały się od czasu do czasu. Podczas przerw kobieta była na pozór zupełnie zdrową i pełniła służbę szpitalnéj posługaczki. Bezpośrednio przed napadem staje się nerwową i smutną. Napad zawsze jest nagły. Podczas letargu twarz bywa ciepła i prawidłowo zabarwiona, oddech regularny, lecz mimo to istnieje, jak stwierdzono, ogólne stężenie mięśni. Około 9½ godz. każdéj nocy nogi poczynają drżeć, a lekkie westchnienia pojawiają się jako zapowiedź krótkiej przerwy nocnéj. Około 11éj chora otwiera oczy, siada i je co jéj podają, ale nie mówi, poczém opiera głowę i zasypia, członki pozostają niestężałe aż do 4téj z rana, potém nadchodzi stężenie i trwa do następnéj nocy. Dwa razy chora spała bez przerwy przez 96 godzin, nie przyjmując żadnego pożywienia. Nie traci nic ciała. Długi okres, podczas którego te napady powracały i postać stałego nie kataleptycznego stężenia czynią ten przypadek nie zwykłym, nawet pomiędzy rzadkiemi przykładami stanów letargicznych. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 1).

(A. K.) **O wpływie na płód wakcyny szczepionéj ciężarnym.** Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa ginekologów (13 grudnia p. r.) miał wykład Dr. Böhm o wpływie na płód wakcyny zaszczepionéj ciężarnym. Na 33 przypadków, spostrzeganych przez Böhma, rzadko tylko dał się stwierdzić ochronny wpływ na płodzie po zaszczepieniu matki. Dzieci, których matki szczepione były w czasie ciąży, zaszczepiono w pierwszych dniach życia i na 33 przypadków tylko w dwóch stanowczo stwierdzić można było, że pomimo wielokrotnego szczepienia i doskonałéj limfy, szczepienie nie przyjęło się; z resztujących 31 dzieci u 25 limfa przyjęła się doskonale, a u 6 wynik był wątpliwy. Wyniki spostrzeżeń Böhma zostają w sprzeczności z wywodami Bollingera.

(A. K.) **Zboczenie odżywcze krzywicze i zimnicze jest podług prof. Oppenheimera jedną i tą samą sprawą patologiczną.** Niedawno, bo na Zjeździe londyńskim, dano odprawę Parrotowi, który, jak wiadomo, utrzymuje i poucza z katedry, że krzywica jest kiłą dziedziczną; obecnie Oppenheimer identyfikuje krzywicę z zakażeniem zimniczém; autor twierdzi, że w wczesnych okresach krzywicy zawsze spostrzegał obrzęk śledziony i codzienne napady z podniesieniem ciepłoty; w późniejszych okre-

sach ogólne wejrzenie chorych na krzywicę w niczém się nie różni od pierwowzoru malaryka. Bieg obydwóch chorób, warunki wyzdrowienia, i geograficzne granice, w których panują te zboczenia odżywcze, mają potwierdzać przypuszczenie Oppenheimera. Jedyną trudnością, na jaką natrafił autor, jest brak dobrego wyjaśnienia tych zmian w kościach, które cechują krzywicę, a nie istnieją w zakażeniu zimniczém; lecz prace Arnsteina, Browicza i Heucka, którzy pisali o zmianach szpiku kostnego w ciężkich postaciach zakażenia zimniczego i znaleźli, że zmiany te są takie same, jakie sprowadza krzywica, wystarczają autorowi, ażeby zidentyfikować dwie rzeczone sprawy patologiczne. *(Deutsches Arch. f. klin. Med.* t. XXX). (Sądzę jednak, że hipotezy Oppenheimera nie podzieli całe grono klinicystów, że nie da się ono łatwo przekonać, ażeby wejrzenie rachityka i malaryka było zupełnie tożsame, i żeby obie choroby miały panować w jednych i tych samych pasach geograficznych. Z tożsamości skutków nie będzie ono wnosić o tożsamości przyczyn, i jak wodna puchlina zależeć może od rozmaitych chorób w rozmaitych narządach, tak jednakie zmiany w szpiku kostnym niekoniecznie muszą być skutkiem jednéj i téj samej przyczyny patologicznéj. Na 473 malaryków leczonych w szpitalu św. Ludwika (Sprawozdanie prof. Dra Jakubowskiego z lat 1878, 1879 i 1880) tylko u 43 (t. j. 9,3%) spostrzegano zmiany krzywicze; liczba ta nie popiera hipotezy Oppenheimera. —*Sprawozd.*)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 16 z dnia 9go listopada 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 32.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Kol. Zarewicz jeżeli po wyczerpującém przemówieniu kol. Pieniążka zabiera głos w ogólnéj dyskusyi, czyni to jedynie z tego powodu, iż badając jeszcze za życia pacyjenta, należał wtedy do tych kolegów, którzy rozpoznawali w danym przypadku wrzód gruźliczy. Badając podówczas pacyjenta wykluczył stanowczo wrzód kiłowy, a rozpoznanie jego wahało się między wrzodem gruźliczym a wrzodem po liszaju żrącym. Trudności pod tym względem wynikały ztąd, iż pacyjent głuchoniemy nie mógł dać żadnych szczegółów, byliśmy zatém pozbawieni najzupełniéj dat anamnestycznych. Uwzględniając jednak wiek chorego, siedzibę cierpienia, a nadto zważywszy jeszcze obecność zmian w obu płucach, skłonił się kol. Z. do rozpoznania wrzodu natury gruźliczéj. Wiadomo bowiem, iż liszaj żrący niemal zazwyczaj poczyna się zawsze w pierwszych latach życia, a nadto zwykłą jego siedzibą jest twarz, przypadki zaś pierwotnego liszaja żrącego na podniebieniu miękkiém należą do rzadkości (w téj chwili nie przypomina sobie kol. Z. ani jednego przez siebie pod tym względem obserwowanego przypadku). Na samym początku swego przemówienia wspomniał już, iż badając chorego za życia wykluczył stanowczo wrzód syfilityczny. Ma on na myśli wrzód syfilityczny należący do okresu kiły późnéj, a zatém powstały z rozpadu kilaka (*gumma).* Obecnie zamierza wypowiedzieć swoje na tę rzecz zapatrywanie się. i dla tego z góry oświadcza, że pod tym względem, jakoby wrzody syfilityczne, należące do okresu kiły późnéj, nie posiadały żadnych cech charakterystycznych, stanowczo z wywodami kol. Paszkowskiego nie zgadza się, ale owszem twierdzi również stanowczo, iż wrzody syfilityczne posiadają tego rodzaju cechy, które je od innych wrzodów wyróżniają, albowiem zachowanie się brzegów we wrzodach syfilitycznych, ich dno i inne przypady, dokładnie znane, a które nadają wrzodom kiłowym charakterystyczne wejrzenie, zawdzięczają je wyłącznie i jedynie tylko przeobrażeniom patologicznym pierwotnéj zmiany, która powstaniu ich dała początek. Tą początkową zmianą, z któréj wrzód kiłowy powstaje, jest ściśle ograniczony naciek komórkowy, bądź to w warstwie brodawkowéj, bądź też we właściwéj skórze złożony. Bez pierwotnego nacieku wrzód syfilityczny nie istnieje. Rozpad nacieku syfilitycznego rozpoczyna się zawsze od środka, postępując ku obwodowi, gdy, dopóki wrzód jest w okresie szerzenia się, w obwodzie jego powstaje świeży naciek. Dla tego téż rozbierając z osobna przypady towarzyszące wrzodom kiłowym, na ten szczegół baczną należy zwrócić uwagę. Wrzód zatém syfilityczny musi być zawsze w obwodzie otoczony ściśle ograniczonym naciekiem, któremu powstanie swoje zawdzięcza. Inaczéj rzecz się ma z wrzodami gruźliczemi, a przedewszystkiém liszaja żrącego. W obu razach wrzody nie szerzą się przez rozpad otaczającego ich nacieku, lecz przez wykwitanie w obwodzie świeżych guzków, które dopiero następowo się rozpadają. A więc gdy w kile wrzód szerzy się kosztem rozpadania się otaczającego wrzód nacieku, we wrzodach gruźliczych i liszaja żrącego szerzenie się cierpienia zależy od wytwarzania się w obwodzie świeżych zmian. Opierając się więc na przebiegu wrzodów kiłowych liszaja żrącego lub wreszcie gruźliczych, który pozostawia na nich niezatarte ślady, a tém samém nadaje im pewne swoiste cechy, po których niemal zawsze dojść można do pożądanego rezultatu, nie myśli jednak kol. Z. twierdzić, ażeby zawsze i wszędzie zaraz od pierwszego wejrzenia można było z zupełną pewnością rozpoznać naturę wrzodu, lecz przeciwnie wie także i o tém, iż często spotyka się z tego rodzaju wrzodami, iż z ostateczném orzeczeniem co do ich natury wstrzymać się trzeba do pewnego czasu. Są to jednak rzadkie przypadki, zdarzają się one wszędzie a o tyle możliwsze są one w dermatologii, o ile zmiany usadowione, bądź to na skórze, bądź téż na błonach śluzowych wystawione są na najrozmaitszego rodzaju szkodliwe wpływy zewnętrzne. Dla tego téż kol. Zarewicz w przemówieniu swojém miał na myśli jedynie tego rodzaju przypadki, w których wrzód syfilityczny nie zmienia się pod względem swego wejrzenia. Tego rodzaju przypadki należą do częstszych, a na dowód tego, że z wejrzenia jesteśmy w stanie rozpoznawać naturę wrzodów, świadczą o tém codzienne przykłady, iż bardzo często li tylko z wejrzenia samego rozpoznaje się wrzody syfilityczne, świadczy wreszcie o tém i obecny przypadek, albowiem każdy przyzna, iż na wykluczenie wrzodu syfilitycznego w danym przypadku nie mogły wpłynąć równoczesne zmiany w płucach, a tém bardziéj w nerkach. Również nie może się zgodzić kol. Zarewicz z zapatrywaniem kol. Paszkowskiego, przytoczonym na poparcie jego twierdzenia, jakoby wrzody gruźlicze na podniebieniu miękkiém występowały dopiero wtedy, kiedy w płucach znachodzą się już zmiany wysokiego stopnia. Otóż zdaniem kol. Zarewicza nie jest to nazbyt rzadkiém zjawiskiem, iż napotyka się np. w krtani rozległe zmiany gruźlicze, gdy w płucach, opierając się na badaniu fizyczném, zmiany tamże napotkane odnieśćby wypadało do początków cierpienia. Sądzi przeto kol. Z., iż przyczyna tego leży w budowie i przeznaczeniu organu, a nie wątpi, iż w przypadku okazanym usadowienie wrzodu było niekorzystném dla pacyjenta. W końcu uwzględniając zmiany w płucach ośmiela się wyjawić swoje zapatrywanie, iż w przypadku danym gruźlica w płucach była pierwotną, a zmiany tak na podniebieniu miękkiém jakotéż i w krtani są następowe. do przypuszczenia tego skłania go ta okoliczność, iż pominąwszy rozsiane w płucach gruzełki, napotyka się tamże zmiany, które świadczą, iż proces chorobowy w płucach datuje się już od dawniejszego czasu.

Prof. Rosner: Kol. Paszkowski miałby zupełną słuszność, gdyby twierdził, że lekarz nie potrafi rozpoznać w każdym przypadku znaczenia wrzodu z wejrzenia i że w wielu przypadkach rozpoznanie wrzodów polega na uwzględnieniu wszystkich objawów pochodzących z zmian w innych przyrządach, ale nie ma, zdaniem kol. R., słuszności, twierdząc, że lekarz w żadnym przypadku nie rozpozna z wejrzenia samego znaczenia wrzodu na skórze lub na błonie śluzowéj. Dermatolog często rozpoznaje jedynie tylko z formy znaczenie wrzodu, a to dla tego, że często z formy wykazać może przebieg téj choroby, która wrzód sprowadziła. Rozumie się samo przez się, że i w takich przypadkach dermatolog nie poprzestaje, ale stara się wykazać inne zmiany, czy to na skórze, czy to w innych narządach, a to nietylko dla stwierdzenia dyjagnozy, ale także dla rokowania i dla leczenia.

Kol. prof. Browicz przemawia przeciwko twierdzeniu, jakoby z wejrzenia wrzodu można stanowczo oznaczać jakość tegoż i zwraca uwagę na przypadek owrzodzeń jamy ustnéj u chorego, wielu z obecnych kolegów znany, w którym charakter tychże

owrzodzeń przez czas dłuższy nader był wątpliwym i w którym koledzy, obserwujący tego chorego, różne stawiali rozpoznania, a które to owrzodzenia w rzeczy saméj miały charakter gruźliczy. Następnie przemawia przeciwko przypuszczeniu kol. Paszkowskiego, jakoby zmiany w innych narządach, a mianowicie w nerkach, były w związku z przypuszczalną kiłą, gdyż obraz anatomiczny, jak niniejszy przypadek przedstawia, jest obrazem codziennym, jaki w tym stopniu zmian gruźliczych, jaki tutaj mianowicie w płucach napotykamy, nader często widzieć można. W końcu zwraca się przeciwko twierdzeniu kol. Skobla, jakoby zmiany w gardzielu i krtani były pierwotnemi, zmiany zaś w innych narządach, a mianowicie w płucach, były dopiero następowe, chociażby już z tego powodu, że zmiany, jakie w płucach widzimy, mają cechy zmian napotykanych w przewlekłych długotrwałych formach suchót gruźliczych, daléj, że stosunki anatomiczne nie sprzyjały w ogóle powstawaniu zmian gruźliczych w gardle i że w tym tylko razie możnaby podobne zmiany w gardzielu uważać jako zmiany pierwotne, gdyby w innych narządach znaleziono zmiany świeże, a mianowicie formy prosówkowéj gruźlicy, czego w tym przypadku nie ma.

Kol. Paszkowski kolejno odpowiada kol. Pieniążkowi, Zarewiczowi, Rosnerowi i Browiczowi. Pierwszy powiedział, że nie zgadza się ze zdaniem jego, że z wejrzenia samego nie można na pewne rozróżnić wrzodów gruźliczych od kiłowych w późnym okresie i podał niby cechy wrzodów gruźliczych. Przypatrzmy się tym „cechom“, które jeżeli są rzeczywiście patognomiczne, w każdym przypadku rozstrzygać powinny z łatwością. Otóż jako pierwszą cechę podaje kol. Pieniążek własność ujemną, bo powiada, że zadaje sobie w każdym razie pytanie, czy wrzód jest kiłowym? Jeżeli nie jest kiłowym, jest gruźliczym (liszaj żrący da się wykluczyć na podstawie innych danych). Bardzo dobrze! ależ czyż to jest własność cechująca? czyż tam gdzie za pomocą wykluczenia dochodzi się do rozpoznania można mówić o własnościach cechujących? Ale przypatrzmy się znamionom wrzodów syfilitycznych wedle zdania kol. Pieniążka; otóż „na około wrzodu jest naciek, a dno właściwie wygląda“. Koledzy mogą się naocznie z łatwością przekonać, że w naszym przypadku wrzody na podniebieniu miękkiém do około są naciekłe, nagłośnia przedstawia prawie jednostajnie zbity naciek, a dno wrzodu w ogóle w długotrwałych owrzodzeniach, na które zewnętrzne czynniki (procedury lecznicze, czyszczenie) wpływają, nie stanowi nic charakterystycznego. Kol. Pieniążek przy rozpoznawaniu wrzodów gruźliczych pyta się siebie, czy one są kiłowe, a dla kiłowych nie podał wyłącznych cech: z czego wynika, że nie mówiąc już o charakterystycznych dodatnich cechach wrzodów gruźliczych i kiłowych w późnym okresie z samego miejscowego badania, nawet przez wykluczenie, nie można dojść do pewnego rozpoznania. Ale pozostaje jeszcze jedna dodatnia cecha wrzodu gruźliczego wedle kol. Pieniążka. Tak jest i temu nie przeczy kol. Paszkowski: „żółte plamki, które niekiedy na około wrzodów gruźliczych można widzieć“. Ale kol Pieniążek powiada sam, że widział te plamki bardzo rzadko (w pojedyńczych tylko przypadkach) i to w krtani względnie na nagłośni. Kol. Zarewicz opisał nam obszernie sposób powstawania wrzodów kiłowych i gruźliczych i sądzi że udowodnił niezbicie ich różnicę w wyglądaniu w późnym okresie. Kol Paszkowski nie przeczy, żeby w wielu przypadkach było się pewnym rozpoznania z saméj inspekcyi wrzodów, gdyby można śledzić niejako cały przebieg tworzenia się wrzodów i widzieć różne jego fazy w danym przypadku. Tak niestety prawie nigdy się nie dzieje. Lekarz musi rozpoznawać z tego, co już jest utworzoném. Co do znaczenia nacieku około wrzodu, na który kol. Zarewicz kładzie wielki nacisk, to musiałby kol. Paszkowski powtarzać to, co dopiero odpowiedział kol. Pieniążkowi. Kol. Rosner przyznaje, że dochodzi przez wykluczenie do rozpoznania wrzodu kiłowego w późnym okresie i przez badanie ogólne, i kol. P. również zdaje się, że te tak zwane znamiona cechujące, czyli to „coś właściwego“, do którego dochodzą badający, nie polegają na cechujących własnościach wrzodów późniejszéj kiły względnie gruźliczych, tylko umiejscowienie obok znachodzącéj się zmiany, zmiany w innych narządach, natychmiast w oczy wpadające (na skórze), ogólny *habitus*, dają przy pierwszém spojrzeniu w wielu razach pewne wskazówki. Żeby jednakże lekarz zamknąwszy oczy na wszystko inne z samego wyglądania wrzodu mógł na pewne wnosić o jego patogenezie, temu przeczy stanowczo, i na to zgadzają się wszyscy autorowie. Wszak wrzód jest nekrozą, utratą istoty powstającą z najrozmaitszych przyczyn i wśród najrozmaitszych warunków. Zazdrości bardzo tym, co potrafią za pomocą „własności cechujących“ rozpoznawać na oko wrzody gruźlicze od kiłowych w późnych okresach, kol. Paszkowski zawsze w rozpoznaniu będzie się opierał na wyniku badania całego organizmu. Co do przemówienia kol. Browicza zwraca uwagę na zdanie, że przy nekroskopii niemożebném rozpoznać wrzód gruźliczy od kiłowego, że i to rozpoznanie polega na wyniku badania innych narządów. Zastrzedz się wreszcie musi, jakoby twierdził, że zmiany jakie się przedstawiają w naszym przypadku są kiłowe; powodem do dyskusyi było tylko wypowiedzenie przez kol. prelegenta zdanie, jakoby wrzody na podniebieniu miękkiém i zmiany na nagłośni były same dla siebie tak cechujące, że można je było rozpoznać jako gruźlicze, że nawet wtedy, gdyby się znachodziły zmiany kiłowe w innych narządach, do kiły ich odnieśćby nie było można.

4) Kol. prof. Browicz okazał preparat odnoszący się do odczytu kol. Skobla.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 lutego. Komitet przygotowawczy 2go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich donosi, że Zjazd odbędzie się w Pradze czeskiéj od d. 26—30 maja rb. i ogłasza zarazem program Zjazdu. D. 26 maja wieczór o godz. 8 nastąpi powitanie członków na wyspie Zofijskiéj; d. 27 o godz. 10 rano zagajenie uroczyste w wielkiéj sali na téjże wyspie, wybór przewodniczącego i dwóch zastępców. Zjazd rozpadnie się na 4 działy: lekarski, matematyczny, przyrodniczy i pedagogiczny. Dział lekarski będzie miał 5 sekcyj: medycyny wewnętrznéj, chirurgii, medycyny teoretycznéj, rządowéj i farmacyi. Będzie wychodzić i dziennik Zjazdu. Opłata od członków wynosi 5 złr., od uczestników 3 złr. Odezwę podpisali proff. Eiselt, Frič, Kořistka, Krejči, Studnička, oraz kilku znanych nam ze Zjazdu krakowskiego kolegów, jak Chodounský, Janovský, Maixner, Michel, itd.

Pospieszamy z udzieleniem téj wiadomości o Zjeździe czeskim, w nadziei, że nie jeden z naszych rodaków uda się do Pragi, aby wywdzięczyć się kolegom czeskim za odwidzenie Zjazdu krakowskiego, w którym wielu z nich czynny brało udział.

* Z rodaków naszych ostatniemi dniami następujący starsi lekarze rezerwowi powołani zostali na pole walki toczącéj się w Dalmacyi i Hercogowinie: Drowie Aronsohn, Eichhorn i Mendelsburg z Krakowa, Bandrowski z Rzeszowa, Walczyński z Oświęcimia, Zosel ze Stanisławowa, oraz bawiący we Wiedniu jako wychowaniec w klinice prof. Billrotha współpracownik nasz Dr. Schramm. Wszyscy już pośpieszyli na południe.

* Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych z d. 28 stycznia 1882 r. zawiera rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 7 grudnia 1881 L. 18821 przypominające rozporządzenie z d. 28 października 1876 Dz. ust. państw. Nr. 135, którém wydany został austryjacki cennik leków. Cennik ten wchodzi w życie z d. 1 stycznia rb. a wszyscy aptekarze, tudzież lekarze i chirurdzy, upoważnieni do utrzymywania apteki domowéj, winni zaopatrzyć się w drukowany egzemplarz tego cennika.

* Wydziałowi lekarskiemu we Wrocławiu jakoś szczęście nie służy. Wezwani na katedrę po Spiegelbergu opróżnioną proff. Freund, Hegar i Olshausen, wszyscy odmówili przyjęcia katedry. — Obecnie ma być powołany znów prof. Breisky.

* **Warszawa.** Dr. Gustaw Fritsche zatwierdzony został przez Rząd jako redaktor odpowiedzialny *Medycyny*.

* **Mianowania i odznaczenia.** Rodak nasz Dr. Erlicki mianowany został docentem psychijatryi w Akademii w Petersburgu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Hoyera: Przyczynek do techniki histologicznéj 1) Barwniki; Jeleńskiego: Pogląd na

leczenie tyfusu brzusznego jodkiem potasu (dok.); w *Medycynie* Nr. 4: Erlickiego: Rzut oka na pierwotne obłąkanie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. SMOLEŃSKI: Über die sog. „beruhigenden" Bäder (Osobne odbicie z „W. med. Bl. 1881) in 8vo str. 11.

J. SZWAJCER (w Warszawie): Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnéj w szpitalu starozakonnych w Warszawie w 1880—1881 r. (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj") in 8vo str. 26

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): Die erste Magenresection beim Magengeschwür. (Osobne odbicie z „Berl. klin. Woch." 1882) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. BAR P. Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie). avec 5 pl. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.

BARATOUX J. Pathogénie des affections de l'oreille, éclaircie par l'étude expérimentale. 4 Paris, Delahaye. Fr. 3½.

BEELY F. Zur Behandlung der Pott'schen Kyphose. M. Holzschn. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

BIDAU A. De l'Oesophagotomie contre les rétrécissements de l'oesophage. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

BIEDERMANN W. Beiträge zur allgemeinen Nerven- u. Muskel-Physiologie. 7 Mittheilg. Mit 2 Tfln. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 2.

BOAS J. Zur Lehre v. der paroxysmalen Hämoglobinurie. gr. 8. Halle, Hofstetter. M. 1. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

STARANIEM STOWARZYSZENIA

Do wydawnictwa dzieł lekarskich
W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 25. c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopatologija Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.